

# RATUJMY PACJENTÓW KARTA ZDROWIA



## Twoje prawa

1. Być traktowanym z godnością i szacunkiem
2. Zadawać pytania
3. Otrzymać informację od lekarza
4. Poprosić o osobę mówiącą w Twoim języku
5. Otrzymać Twój rekord zdrowia
6. Zasięgnąć drugą opinię
7. Przekazać lekarzowi objawy i niepokój, który Ciebie gnębi, wyrazić swoje własne zdanie
8. Utrzymania tajemnicy



Cut on solid line

Fold on dotted line

## Co powinieneś zrobić przed pójściem do lekarza lub szpitala?

1. Przynieść listę lekarstw, które przyjmujesz
  - Ile razy dziennie, jakie dawki
  - Witaminy, zioła i lekarstwa bez recepty
2. Przynieść kartę ubezpieczeniową
3. Pamiętaj swoją historię zdrowia
4. Napisz co Ciebie niepokoi
5. Przynieść listę pytań do lekarza
6. Zadzwoni wcześniej i poproś o osobę, która mówi w twoim języku
- 7/8. Możesz też wcześniej poinformować, że chcesz lekarza męzczyznę lub kobietę

Fold on dotted line

## W gabinecie u lekarza, klinice lub w szpitalu:

- Możesz poprosić lekarza o wytłumaczenie, powtórzenie lub napisanie czego nie rozumiesz lub co chcesz zapamiętać.
- W czasie badania, po badaniu możesz zapytać:
  1. Co mi dolega? 2. Dlaczego tak się czuję? 3. Jak ta choroba się nazywa? 4. Dlaczego mam temperaturę i dlaczego czuję taki ból?
  5. Jaka jest tego przyczyna? 6. Co powinniśmy zrobić? 7. Co to są za badania i testy, które muszę zrobić? 8. Dlaczego je potrzebuję?
  9. Czy jest w tym jakieś ryzyko? 10. Jeżeli potrzebuję operację czy powinienem się czegoś obawiać, czy grozi mi niebezpieczeństwo?
  11. Czy mam jeszcze jakiś inny wybór? 12. Jeżeli nie, chcielibyśmy zasięgnąć jeszcze dodatkową opinię.



Fold on dotted lines



## Pytania do twojego lekarza i farmaceuty

1. Jakież otrzymuję lekarstwa i dlaczego?
2. Kiedy mam przyjmować te lekarstwa?
3. Jak długo powinniśmy przyjmować te lekarstwa? Czy mają one jakieś skutki uboczne?
4. Czy jest bezpiecznie przyjmować te lekarstwa?
5. Co mam zrobić, jeżeli nie czuję się lepiej?

Uwaga Proszę mieć przy sobie listę lekarstw, jaką bierzesz dawkę, ile razy oraz listę witamin, ziół i lekarstw bez recepty.

## HISTORIA ZDROWIA W NAGŁYM WYPADKU

Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_  
Kontakt z najbliższą osobą \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Nazwisko lekarza \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

### Moje choroby:

Serce \_\_\_\_\_ HIV/ AIDS \_\_\_\_\_  
Wysokie ciśnienie \_\_\_\_\_ Cukrzyca \_\_\_\_\_  
Asta/Choroba płuc \_\_\_\_\_ Rak \_\_\_\_\_  
Zołądek \_\_\_\_\_ Brzuch \_\_\_\_\_  
Wątroba \_\_\_\_\_ Anemia \_\_\_\_\_  
Niedokrwistość \_\_\_\_\_ Nerki \_\_\_\_\_  
Choroba nerwowa \_\_\_\_\_  
Depresja \_\_\_\_\_  
Inne \_\_\_\_\_

### Przyjmuje takie lekarstwa:

Dawka \_\_\_\_\_  
Dawka \_\_\_\_\_  
Dawka \_\_\_\_\_  
Jestem uczulona(y) na:

Ratujmy Pacjentów 312.440.0630

www.SAVETHEPATIENT.org